UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 11

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DU

DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT

DES

PAPILLOMES VÉSICAUX

(DEUX OBSERVATIONS INÉDITES)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Juillet 1920

PAR

Abraham HERSCH ENGLISZER

Né à Varsovie, le 21 juillet 1889

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse

MASSABUAU, professeur, *Président.*
VIRES, professeur.
GRYNFELTT, agrégé.
JEANBRAU, agrégé libre.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT

DES

PAPILLOMES VÉSICAUX

(DEUX OBSERVATIONS INÉDITES)

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 11

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DU

DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT

DES

PAPILLOMES VÉSICAUX

(DEUX OBSERVATIONS INÉDITES)

—o—

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Juillet 1920

PAR

Abraham HERSCH ENGLISZER

Né à Varsovie, le 21 juillet 1889

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Examinateurs de la Thèse

MASSABUAU, professeur, *Président.*
VIRES, professeur.
GRYNFELTT, agrégé.
JEANBRAU, agrégé libre.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM	MAIRET (✲)	DOYEN.
	FORGUE (O ✲)	ASSESSEUR
	IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM	TEDENAT (O ✲
Clinique des maladies mentales et nerveuses		MAIRET (✲).
Physique médicale		IMBERT (✲).
Botanique et histoire naturelle médicales		GRANEL.
Clinique chirurgicale		FORGUE (O ✲)
Clinique ophtalmologique		TRUC (O ✲)
Physiologie		HEDON (✲).
Histologie		VIALLETON.
Clinique médicale		DUCAMP (✲)
Anatomie		GILIS (✲)
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		ESTOR.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL (✲)
Pathologie et thérapeutique générales		BOSC.
Hygiène		BERTIN-SANS (✲)
Clinique obstétricale		VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale		VIRES (✲).
Anatomie pathologique		MASSABUAU (✲)
Chimie biologique et médicale		DERRIEN (✲)
Microbiologie		N...
Pathologie interne		N...
Clinique médicale		N...
Médecine légale et toxicologie		N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire: M. E. BERTIN-SANS (✲)

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM. DE ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, profes.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU (O ✲ ✲, a. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire	SOUBEYRAN ✲ ✲, a. l. (ch. de c.)
Pathologie externe	RICHE, agrégé (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé (ch. de c.)
Accouchements	P. DELMAS, agrégé (ch. de c.)
Matière médicale	CABANNES, agrégé (ch. de c.)
Microbiologie	LISBONNE, agrégé (ch. de c.)
Stomatologie	WATON ✲ (✲), doct. (ch. de c.)

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ETIENNE.
GRYNFELTT (✲)	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT.	RUZIERE.	PECH ✲ (ch. d'agr.).
GAUSSEL (✲ ✲).	J. DELMAS (✲).	VALLOIS H. ✲ (ch. d'agr.
RICHE	RIMBAUD ✲.	

Examinateurs de la thèse

MM. MASSABUAU, profes., *president.* — MM. GRYNFELTT, agrégé.
VIRES, professeur. — JEANBRAU, agrégé libre.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions emises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES PARENTS

Faible témoignage de mon affection filiale.

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES AMIS

A. HIRSZ ENGLISZER.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABUAU

Hommage respectueux.

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAITRES
DES FACULTÉS DE MONTPELLIER ET DE PARIS

A. HIRSZ ENGLISZER.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT

DES

PAPILLOMES VESICAUX

(DEUX OBSERVATIONS INÉDITES)

INTRODUCTION

Les papillomes de la vessie sont des affections relativement fréquentes, et il semble que l'on ait épuisé tout ce qu'il y avait à dire sur un tel sujet.

Il nous a paru cependant intéressant de publier les deux observations qu'on va lire, d'abord parce qu'elles sont très complètes, et que les malades ont pu être revus et subir une cystoscopie de contrôle, à quelques mois de distance de l'opération ; ensuite parce qu'elles nous ont permis de rappeler les grandes lignes du diagnostic clinique, si important des tumeurs vésicales, ainsi que des données d'acquisition récente sur leur traitement.

Nous devons remercier ici chaleureusement M. le docteur Maurice Jourdan, assistant d'urologie à la Faculté, qui nous a inspiré le sujet de ce modeste travail et qui nous en a fourni tous les matériaux.

Qu'il nous soit permis aussi d'adresser l'hommage de notre reconnaissance à M. le professeur Grynfeltt, qui nous a réservé un accueil si aimable dans son laboratoire d'anatomie pathologique, et qui nous a offert avec tant de bonne grâce, de faire un examen histologique complet des pièces que nous lui avons apportées.

OBSERVATIONS

Observation Première

Service d'Urologie de l Hôpital Général

(Due à l'obligeance du Docteur Maurice Jourdan, assistant d'Urologie à la Faculté. Service de M. le Professeur Jeanbrau.)

M.-D. E..,. 53 ans, camionneur, vient à ma consultation en ville, le 4 juillet 1919, se plaignant des symptômes suivants: depuis quatre jours est obligé d'uriner tous les quarts d'heure la nuit, toutes les heures le jour, les mictions sont très douloureuses, surtout à la fin; depuis deux jours, il constate la présence du sang à la fin de la miction. Il se plaint en outre de la fétidité des urines qui l'oblige à ne pas pouvoir les conserver dans sa chambre.

Antécédents. — Pas de grandes maladies. Pas d'affections vénériennes. Marié sans enfant. Sa femme n'a jamais fait de fausse couche.

Le début de son affection remonte à six ans, par des poussées de cystite, qui se calmaient par des tisanes et le repos; il a eu quelques hématuries non douloureuses.

Examen. — Urines sanglantes, renfermant de grosses muccosités et surtout extrêmement fétides.

Le malade ne présente pas de traces d'affection spécifique récente ou ancienne.

L'urètre n'est perméable qu'à la sonde n° 9, il est scléreux, rétréci en plusieurs endroits et très sensible. Le cathérisme, malgré l'anesthésie locale, est douloureux; le résidu vésical: 60 centimètres cubes.

Par le toucher rectal, on sent une prostate un peu grosse très douloureuse, surtout au niveau du lobe droit qui est même largement fluctuant et donne l'impression d'un abcès en formation mais après un massage très doux et un peu prolongé il ne sort aucun liquide par le méat. L'état général est très mauvais, le malade souffre tant que « si, me dit-il, vous ne pouvez pas me soulager, je me tue ».

Je pense à un néoplasme vésical, ayant infiltré la prostate; je propose donc au malade de le faire entrer dans notre service d'urologie de l'Hôpital Général et de l'opérer au plus tôt. Il accepte tout de suite. Mon intention est de faire d'abord une cystostomie, afin de soulager le malade et de faire ainsi une exploration de la vessie, à ciel ouvert. Je lui fais une instillation de collargol au centième.

Le lendemain, ayant été un peu soulagé, il accepte que je le prépare quelques jours par des instillations de collargol, mais au bout de huit jours, il me demande de l'opérer.

Première intervention. — Anesthésie rachidienne à la syncaïne Clin (8 centigr.). Cystostomie, très simple. Il s'écoule une urine fétide, de gros débris et je sens une grosse tumeur du volume d'un œuf de poule, qui est légèrement incrustée de sels calcaires. Drainage au Freyer, grands lavages bi-quotidiens au nitrate d'argent à 1 p. 2000. Le malade est un peu soulagé. Mais c'est au huitième jour après l'opération qu'il cesse tout à fait de souffrir. Le malade est dilaté à la bougie tous les trois jours ce qui permet d'arriver au n° 18. Les urines perdent leur fétidité, elles deviennent même presque claires. Enfin, le quarante-deuxième jour, je décide de faire l'extirpation de la tumeur

Deuxième intervention. — Anesthésie rachidienne. Syncaïne Clin (10 centigr.). Le malade est mis en position de Trendelenbourg. Agrandissement de l'ouverture vésicale. Mise en place de l'écarteur de Legueu qui expose très nettement toute la vessie. La tumeur, qui s'est réduite et qui a le volume d'une grosse noix, est bien délimitée, elle est unique et pédiculisée. Elle est saisie avec la pince à tumeur vésicale; en tirant légèrement le pédicule se délimite bien, une ligature, traversant le pédicule, en tissu sain, est mise le plus loin possible de la base de la tumeur. Le pédicule est excisé. Le moignon est cautérisé à l'étincelle électrique avec l'appareil à diathermie. Suture partielle de la vessie. Drainage. Guérison au vingtième jours.

Les urines sont restées sanglantes, légèrement pendant trois jours, puis elles se sont éclaircies.

Au dixième jour, une sonde à demeure a été mise en place par l'urètre qui, sous l'influence de cette dilatation constante devient de plus en plus extensible.

Au vingtième jour, la vessie est complètement fermée. On enlève la sonde urétrale et le malade urine spontanément. Les urines sont claires.

La cystoscopie de contrôle est faite et je ne vois qu'une cicatrice étoilée, à la place où était la tumeur.

Le malade a repris son travail depuis le mois de février 1920. J'ai vu ces jours-ci le malade (juin 1920). Il a un excellent état général et m'a dit être aussi bien que possible.

La tumeur a été envoyée au laboratoire de M. le professeur Grynfeltt qui en a fait un examen histologique.

Observation II

(Service d'Urologie de l'Hôpital Général)
Docteur Maurice Jourdan

A. J..., 51 ans, gardien de phare à X..., vient à ma consultation le 9 décembre 1919, et m'expose ainsi les motifs pour lesquels il vient consulter.

Pendant cinq ans, chaque mois, il urinait une ou deux fois dans la journée du sang qui lui paraissait n'être pas mélangé à l'urine, à cause de la rapidité avec laquelle il se coagulait; comme quantité, un demi-verre à liqueur. La dernière fois qu'il en a uriné date de quatre mois. Or, il n'y aurait plus pensé, si la rencontre d'un de ses amis, opéré dans le service pour une affection prostatique, à qui il s'était incidemment confié, ne me l'eut adressé.

Etat actuel. — Urines claires. La miction est assez bonne, mais un peu lente et à la fin l'urine tombe goutte à goutte. Se lève deux fois la nuit. Pas de souffrances, n'a pas maigri.

Il vient, me dit-il, plutôt pour être rassuré, que comme malade, bien que lorsqu'il a fini d'uriner, il lui semble qu'il reste de l'urine dans sa vessie.

Antécédents. — Pneumonie dans sa jeunesse; fièvres paludéennes; pas d'antécédents vénériens avoués. A un enfant vivant en parfaite santé, un enfant mort à 19 ans d'une broncho-pneumonie.

Examen. — Urines limpides, sans filaments, traces d'albumine. Urètre libre, résidu vésical, 40 centimètres cubes. Prostate petite, un peu dure, non douloureuse.

Examen cystoscopique. — Tumeur papillomateuse volumineuse de la vessie, située un peu au-dessus de l'orifice urétéral gauche. Les franges de la tumeur, par leur réfringence, ont un aspect nacré caractéristique et la tumeur empêche de se rendre compte s'il y en a plusieurs.

Je propose l'intervention au malade qui accepte et rentre dans le service dix jours après. N'étant pas infecté, il n'est pas nécessaire de faire une préparation du malade. Azotémie : 0 gr. 60.

Opération. — Anesthésie rachidienne. Syncaïne Clin (12 centigr.).

Position de Trendelenbourg. Cystostomie et exposition de la vessie. On voit alors deux tumeurs papillomateuses, le pédicule de la première, cachant celui de l'autre plus latérale. Elles sont pédiculisées. Ces deux tumeurs sont sectionnées après avoir lié séparément, avec un catgut qui traverse le pédicule, et les deux moignons sont cautérisés à l'étincelle électrique, profondément, avec l'appareil à diathermie. De plus, le pourtour du col présente un semis de petites tumeurs un peu plus grosses qu'une tête d'épingle, d'aspect blanchâtre, chacune de ces minuscules tumeurs est étincelée. Fermeture partielle de la vessie, drainage au Freyer.

Les suites opératoires pendant une dizaine de jours furent un peu inquiétantes, le malade présentant tous les symptômes de l'urémie. Je fais faire l'azotémie trois jours après l'opération, celle-ci était de 1 gr. 20. Un régime approprié à fait tomber en quelques jours ce taux élevé d'urée sanguine (qui se produit d'ailleurs après chaque intervention, avec plus ou moins d'intensité). La sonde à demeure urétrale est mise au quatorzième jour ; la fistule hypogastrique se ferme normalement. Le malade, très affaibli par le régime hydrique, reprend petit à petit, il sort

guéri, avec ses urines claires, et ayant deux mictions la nuit, un mois et demi après l'opération.

La cystoscopie de contrôle, faite en mars, me montre la vessie un peu congestionnée, les bourrelets cicatriciels sont nets et on ne voit aucun bourgeon.

Les urines sont claires. Le malade a repris ses occupations ordinaires. Je l'ai revu le 10 juin 1920 et n'ai rien constaté d'anormal.

Les deux tumeurs ont été envoyées au laboratoire de M. le professeur Grynfeltt qui en a fait l'examen histologique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Tumeur de l'observation I. — Les coupes à un faible grossissement, présentent l'aspect d'un papillome banal. La tumeur est constituée par des saillies de la muqueuse arborisées plus ou moins et qui toutes comprennent un axe conjonctif et un revêtement épithélial.

1° L'axe vasculo-conjonctif est constitué par des vaisseaux entourés d'un tissu fibrillaire; dans les plus fines ramifications, il ne reste plus que des vaisseaux capillaires fins, distendus, à des degrés divers, par des globules rouges.

Ce tissu conjonctif présente des signes manifestes d'inflammation chronique révélée par de l'endo-périvascularite de certains vaisseaux sanguins et l'infiltration abondante des mailles du tissu conjonctif par des globules blancs de diverses catégories: mononucléaires surtout, auxquels se mêlent de nombreux plasmocytes reconnaissables à leur noyau excentrique avec des grains de chromatine affectant une disposition radiée et la basophilie accentuée de leur protoplasma.

2° L'épithélium présente des caractères variables suivant les points où on le considère.

Sur certaines villosités, il présente les caractères à peu près normaux de l'épithélium vésical.

En d'autres endroits, le revêtement épithélial diminue d'épaisseur; il ne conserve plus que ses assises extrêmes: les cellules superficielles reposant directement sur la couche basale. Mais, dans leur ensemble, elles conservent une forme palissadique, c'est-à-dire d'éléments allongés dont le grand axe s'oriente perpendiculairement à la surface de la vessie.

Ailleurs, le nombre des couches épithéliales se trouve augmenté et supérieur à ce qu'il est normalement, comme si l'épithélium avait été le siège d'une prolifération excessive. A ce niveau, les cellules ont perdu leur régularité normale d'agencement. Elles dessinent des groupes irréguliers, des sortes de volute; en ces endroits certaines deviennent claires, se gonflent et autour d'elles, les cellules de la couche polymorphe se disposent d'une façon concentrique, rappelant l'imbrication des globes épidermiques. Ces cellules gonflées subissent une sorte de dégénérescence hyaline. On trouve à leur place une cavité micro-kystique, qui semble être le point de départ de cavités plus grandes situées en plein tissu épithélial et dont quelques-unes mesurent, suivant leur plus grand diamètre, 76 à 80 μ. Dans leur intérieur, on reconnaît le produit de désintégration cellulaire sous forme de blocs acidophiles autour desquels s'accumulent des globules blancs venus là, à travers les assises épithéliales, dans un but de phagocytose.

A la base de certaines villosités, la prolifération épithéliale se manifeste par la formation de bourgeons pleins qui s'enfoncent profondément dans les stroma, exagérant une disposition normale de l'épithélium vésical. Dans le centre de ces bourgeons, les cellules dégénèrent créant ainsi un faux aspect de tubes glandulaires.

Mais partout, aussi bien au-dessous du revêtement épithélial des villosités qu'à la périphérie des bourgeons cel-

lulaires qui ont envahi le stroma, il y a une membrane basale, caractéristique des tumeurs bénignes.

Tumeur de l'observation II. — Ce papillome est remarquable par la réduction du stroma conjonctif de ses villosités.

Leur axe conjonctif est réduit à un seul ou à quelques capillaires sanguins autour desquels s'accumulent des leucocytes, mononucléaires surtout. Tout autour se tassent les cellules palissadiques de l'épithélium vésical dont le nombre des couches est dans l'ensemble augmenté. La disposition de ces cellules est presque partout très régulière. Leur noyau ovoïde est en général peu colorable, il est entouré d'une masse protoplasmique claire légèrement vacuolisée. Les limites cellulaires sont toujours précises.

Il s'agit en somme d'un papillome où l'épithélium a conservé des caractères à peu près normaux tout en manifestant une hyperplasie nettement prédominante par rapport au tissu conjonctif des villosités.

DIAGNOSTIC

Nous envisageons dans ce chapitre le diagnostic positif et le diagnostic différentiel des tumeurs de la vessie.

A. Diagnostic positif. — Il se fait d'après un certain nombre de symptômes fonctionnels et de signes physiques que nous étudierons ici en détail, et auxquels il convient de joindre l'examen des urines et l'examen cystoscopique. La description des données fournies par ce dernier, d'importance capitale, constituera la conclusion de cette étude.

a) *Symptômes fonctionnels.* — Le plus important et souvent le seul est « l'hématurie ». Elle fait parfois défaut, mais exceptionnellement (Legueu et Michon). Chez les deux malades, dont nous rapportons les observations, elle s'est montrée de très bonne heure. C'est en général ce qui se produit, et les caractères qu'elle présente, si bien étudiés par Guyon, en font un signe révélateur de premier ordre.

Cette hématurie est spontanée et indolore : elle apparaît et disparaît sans cause appréciable. Sans prodromes douloureux, au repos, à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit, le malade s'aperçoit, à la couleur rouge ou sombre de ses urines, qu'il pisse du sang. Parfois cette hématurie se réduit à une seule miction, parfois elle dure plusieurs jours, plusieurs semaines ou même plusieurs mois, mais

toujours elle cesse brusquement, sans raison apparente. Elle disparaît aussi rapidement qu'elle est apparue.

Un autre caractère très important de cette hématurie, au point de vue diagnostic, c'est qu'elle est terminale, c'est-à-dire qu'elle est toujours plus prononcée à la fin de la miction. Si l'on fait uriner le malade dans trois verres, selon le procédé de Guyon, le deuxième verre est plus teinté que le premier ; quant au troisième, il contient du sang presque pur, surtout s'il est constitué par les quelques dernières gouttes urinées seulement. De même, si après avoir vidé la vessie avec une sonde, on laisse cette sonde en place pendant les manœuvres nécessitées par l'examen du malade, le peu d'urine qui a pu s'accumuler dans la vessie durant cet examen et qui s'écoule ensuite n'est presque constitué que par du sang. Cette hématurie terminale est, en général, une hématurie vésicale. La seule hématurie qui pourrait, par sa terminalité, en imposer pour une hématurie vésicale, serait une hémorragie rénale très abondante. Mais une telle hémorragie est extrêmement rare.

L'hématurie des tumeurs vésicales est en outre abondante, et conduit rapidement le malade à un extrême degré d'anémie.

Enfin, elle est intermittente : les périodes hématuriques sont plus ou moins rares, plus ou moins éloignées. Notre second malade, par exemple, a pissé du sang, une ou deux fois dans la journée, un jour par mois pendant cinq ans. Ordinairement cependant les hématuries n'ont pas cette régularité d'apparition : elles sont au contraire très capricieuses, très irrégulières.

L'intervalle qui les sépare est parfois fort long, Legueu cite les cas de malades restés huit ans, dix ans, sans uriner du sang, alors qu'évoluaient leurs tumeurs. Un malade de Bazy présenta même une période d'indemnité de vingt-huit ans.

L'hématurie reste longtemps le seul symptôme. Mais, souvent, et ce fut le cas chez le sujet de notre première observation, la présence d'une tumeur dans la vessie détermine de l'infection et amène des phénomènes de cystite. Cette cystite se traduit alors par ses symptômes propres : fréquence des mictions, douleurs à la miction et pyurie avec fétidité de l'urine, qui viennent se surajouter aux précédents.

b) *Signes physiques.* — Ils sont fournis par le cathétérisme, le palper abdominal et le palper combiné, complétés par la cystoscopie que nous étudierons à la fin du chapitre « Diagnostic ».

Le cathétérisme se fait soit avec une sonde molle, soit avec l'explorateur métallique.

Dans le premier cas, il montre si la vessie se vide ou ne se vide pas ; il révèle le caractère terminal d'une hématurie sur laquelle on n'est pas encore fixé.

Dans le second cas, surtout si la tumeur est dure, grosse et unilatérale, le cathéter tourne difficilement d'un côté, alors que de l'autre il manœuvre avec facilité. Enfin il indique la présence de calculs dans la vessie ou l'incrustation de la tumeur par des sels calcaires.

Le palper abdominal, seul, ne donne de résultats que dans le cas de tumeurs très volumineuses, principalement de tumeurs périvésicales (Guyon).

Il est préférable d'employer le palper abdominal combiné au toucher vaginal ou rectal. On peut reconnaître par ce moyen l'induration de la paroi antérieure ou du bas-fond de la vessie, ou simplement son épaississement localisé. Quand la tumeur est petite et nettement pédiculée, on ne sent rien.

c) *Examen des urines.* — Leur coloration est modifiée par la présence du sang pendant les périodes hématuri-

ques; en dehors de ces périodes, les urines sont habituellement limpides; elles ne deviennent troubles qu'en cas de cystite concomitante.

De même l'odeur ne se modifie que lorsqu'il y a cystite; ainsi chez notre malade de l'observation I, dont les urines étaient devenues si fétides qu'il ne pouvait même pas les conserver dans sa chambre.

L'examen macroscopique des urines peut fournir un signe pathognomonique: c'est lorsque l'on y constate la présence de fragments de tumeurs expulsés pendant la miction. Le diagnostic se fait alors de lui-même et, chose plus importante, on peut, par un examen histologique approprié, préciser dans ce cas la nature de la tumeur, fait capital au point de vue du pronostic.

L'examen microscopique des urines est également d'un grand intérêt, car les malades expulsent parfois des fragments infinitésimaux de tumeurs, souvent même de simples cellules provenant de la desquamation d'un néoplasme et que seul le microscope peut déceler. Les caractères particuliers de ces cellules sont en général assez nets pour permettre un diagnostic exact.

Un dernier symptôme mis en évidence par l'examen des urines est la fibrinurie. L'urine hématurique se prend en quelques minutes en une gelée tremblotante adhérente au vase. Cette gelée est constituée par de la fibrine, due à la transsudation du sérum sanguin à travers les parois des vaisseaux des tumeurs villeuses. Ce symptôme était si frappant chez l'un de nos malades, qu'il avait attiré l'attention du sujet lui-même.

B. Diagnostic différentiel. — Deux cas peuvent se présenter: ou l'hématurie est le seul symptôme, ou il y a à la fois hématurie et troubles de la miction.

a) *L'hématurie est le seul symptôme.* — D'abord est-ce bien une hématurie, et non une hémoglobinurie, hémoglobinurie *a frigore* par exemple? Les commémoratifs, ainsi que, s'il y a lieu, l'examen microscopique de l'urine, trancheront nettement la question.

L'hématurie reconnue, quelle est son origine? Vient-elle du rein, de la prostate ou de la vessie?

Dans les néphrites, l'hématurie n'est pas aussi abondants que dans les tumeurs vésicales. De plus, les douleurs lombaires, les autres symptômes de néphrite, et surtout la présence des cylindres urinaires aideront à faire le diagnostic.

Dans la lithiase rénale, les hématuries sont provoquées par une marche, une fatigue, et elles sont très douloureuses.

Dans le cancer du rein, les hématuries sont peu abondantes et s'accompagnent aussi de phénomènes douloureux, localisés ou irradiés.

En général, l'hématurie rénale est totale et non terminale; le malade expulse des caillots minces et allongés; l'urine contient des cylindres hématuriques.

Dans l'hypertrophie de la prostate, il se produit parfois des hématuries abondantes et tenaces. Mais, à l'encontre de celles des tumeurs vésicales, elles cessent par le repos, l'évacuation de la vessie, la sonde à demeure.

Dans le cancer de la prostate, l'hématurie se manifeste surtout au début de la miction. D'ailleurs le toucher rectal précise à lui seul le diagnostic.

b) *Il y a hématurie et troubles de la miction.* — Dans ce cas, on pense immédiatement à une cystite.

Le diagnostic est alors à faire entre une tumeur de la vessie et l'une des cystites — tuberculeuse ou hémorragi-

que consécutive à une blennorragie — qui s'accompagnent d'hématuries assez abondantes.

Pour porter le diagnostic de cystite tuberculeuse, on tiendra compte de l'âge du sujet, des petites hématuries prétuberculeuses, qui ont précédé l'affection, et surtout de l'examen méthodique et complet de l'appareil génito-urinaire, qui donnera le plus souvent des indications positives. La présence du bacille de Koch dans les urines viendra quelquefois, mais pas toujours, affirmer le diagnostic.

Dans la variété « hémorragique » des cystites blennorragiques, les commémoratifs et l'évolution générale de la maladie donneront des renseignements suffisants pour permettre d'éviter une confusion avec les hématuries des tumeurs viscérales.

Enfin le diagnostic devra toujours être complété par l'examen cystoscopique qui offre seul une certitude absolue.

C. Examen cystoscopique. — L'examen cystoscopique confirme l'existence de la tumeur, en précise le siège et indique souvent sa nature. C'est par lui qu'on saura si la tumeur est pédiculée ou infiltrée, si elle est unique ou s'il en existe plusieurs, et aussi quel est son volume approximatif. Il fournira ainsi des éléments d'une grande importance pour le choix du traitement.

EVOLUTION — PRONOSTIC

Au point de vue de leur évolution, les papillomes vésicaux sont caractérisés par deux faits remarquables : la lenteur de leur évolution, et leur bénignité très fréquente.

Nettement pédiculée, évoluant vers l'intérieur de la cavité vésicale, la tumeur met des années à se développer, ne se traduisant guère que par un symptôme clinique : l'hématurie plus ou moins fréquemment renouvelée. En effet dans l'intervalle de ces hématuries, l'état général reste bon, l'activité est intacte, le malade se croit guéri. L'une de nos observation illustre d'une façon particulièrement nette ce point de l'évolution des papillomes vésicaux. C'est le cas du malade de l'obs. II qui vient consulter un spécialiste non parce qu'il était malade, mais pour être rassuré sur l'origine d'hématuries que chaque mois il avait depuis cinq ans.

Quelques fois même la guérison a paru survenir. Reverdin, Ultzmann en ont rapporté quelques cas, mais en l'absence de tout contrôle cystoscopique, il est difficile d'affirmer une guérison définitive.

Le plus souvent, au contraire, après une longue évolution, la cystite s'installe soit provoquée par un cathétérisme malpropre ou encore et bien souvent, spontanément par

simple rétention urinaire sous l'influence de caillots sanguins ou de débris de tumeurs mettant obstacle au libre écoulement de l'urine et favorisant l'infection.

Alors, l'évolution se précipite. Les urines deviennent fétides, les douleurs apparaissent, les phénomènes toxi-infectieux interviennent, et bientôt l'opération s'impose. Pratiquée à temps, on assiste à une rapide amélioration de tous les symptômes (obs. I), nouvelle preuve de la bégnité remarquable de ces tumeurs.

Malheureusement, deux faits viennent assombrir ce pronostic qu'il ne faudrait pas croire, malgré tout, trop favorable : c'est la transformation maligne et la repullulation de ces tumeurs.

Certaines tumeurs, bénignes dans la majeure partie de leur longue évolution, présentent brusquement des signes de transformation maligne. Toujours cette transformation est insidieuse. Parfois le premier degré peut en être saisi à l'opération. Le pédicule de la tumeur est plus large, plus dur ; il se mobilise plus difficilement sur la muqueuse qui paraît adhérente aux plans pariétaux sous-jacents. Cliniquement après une première phase d'évolution bénigne, la transformation maligne se traduit par une nouvelle phase symptômatique : crises hématuriques de plus en plus fréquentes, douleurs intolérables dans l'intervalle autrefois silencieux des hématuries, cystite intense, état général révélant la cachexie cancéreuse et rapidement les malades sont emportés par quelque complication locale ou générale. D'après Albarran, un quart des cancéreux épithéliaux présenteraient cette évolution en deux phases.

A cet égard, l'examen histologique des papillomes extirpés pourrait donner de précieux renseignements pronostiques sur la plus ou moins grande tendance à la transformation maligne de ces tumeurs. C'est le cas de la pièce de

l'obs. I qui présente des signes manifestes de prolifération épithéliale excessive : particularites cellulaires rencontrées également dans les tumeurs malignes, quoique la présence de la basale intacte indique que ce point critique n'est pas encore franchi. Il n'est pas douteux qu'en présence des détails histologiques signalés par M. le professeur Grynfeltt sur cette pièce, on ne soit autorisé à faire quelques réserves sur l'avenir du porteur d'une pareille tumeur et qu'une récidive sous une forme maligse ne soit plus à craindre chez cet homme, plutôt par exemple que chez le malade de l'obs. II.

Cette transformation cancéreuse des papillomes, tumeurs bénignes, devra toujours être présent à l'esprit du clinicien et imposera le plus souvent une intervention chirurgicale qu'il faudra savoir faire accepter au malade même dans ces cas où la symptomatologie essentiellement bénigne paraîtrait ne pas devoir comporter une décision aussi radicale.

D'autre part, certains papillomes enlevés, dans des conditions parfois les plus favorables, peuvent récidiver simplement sur place ou ensemencer la muqueuse vésicale d'une grande quantité de nouvelles tumeurs. Mais dans ces cas, la cystoscopie de contrôle faite à intervalles réguliers après l'opération permettra de dépister ces récidives et de leur appliquer un traitement précoce qui sera le plus souvent efficace et que nous allons maintenant envisager.

TRAITEMENT

Le traitement des papillomes vésicaux doit viser leur extirpation ou leur destruction complète. Dans ce but, deux méthodes sont en présence : l'ablation de la tumeur par les voies naturelles, le traitement chirurgical par la voie hypogastrique.

L'extirpation endo-vésicale des papillomes vésicaux repose sur l'emploi de la cystoscopie qui permet, la tumeur étant répétée, d'en sectionner le pédicule à l'aide d'un dispositif approprié.

Nitze à l'aide de son cystoscope opérateur passait un fil de platine autour du pédicule de la tumeur, qu'il sectionnait soit à l'aide de l'anse froide, soit avec l'anse galvanique. La cautérisation de la surface de section se faisait ensuite avec le galvanocautère.

Marion remplaça l'anse de platine de l'instrument de Nitze par une pince cautère, progrès réel sur la méthode précédente.

Pour éviter l'emploi de cet arsenal compliqué, Luys se servit de son cystoscope à lumière externe, ce qui lui permettait de sectionner directement à travers le tube cystoscopique le pédicule de la tumeur par une anse de platine ou par le galvanocautère.

Un progrès remarquable a été réalisé ces dernières années dans la technique de l'extirpation endovésicale des

papillomes par l'emploi comme agent destructeur des courants de haute fréquence.

Ces courants peuvent être utilisés de deux façon différentes.

Une première méthode, préconisée par Beer, emploie ces courants au contact, en application directe sur la tumeur. Le pédicule est sectionné, mais il y a élévation accentuée de la température, il se fait au niveau de l'application du courant des phénomènes d'électrocoagulation dont les conséquences ne sont pas toujours sans danger.

Suivant une deuxième méthode, Heitz-Boyer et Cottenot emploient les courants de haute fréquence à distance, au moyen d'étincelles courtes qui offrent le gros avantage, tout en étant très efficaces, de n'être pas chaudes. Il n'existe donc aucun risque.

Nous ne décrirons pas en détail l'outillage nécessaire pour la mise en application de cette technique. La production du courant est obtenue par une bobine, un interrupteur, un condensateur avec éclateur, tous appareils en usage pour les rayons X. Il faut y ajouter un résonnateur d'Oudin. Le réglage de l'appareil prêt à fonctionner doit donner une forte intensité avec faible tension.

Le cystoscope le mieux conforme à la pratique de la haute fréquence est le cystoscope urétéral. La sonde urétérale étant remplacée par une électrode en caoutchouc rouge munie d'un plateau métallique.

Le cystoscope une fois introduit dans la vessie avec les précautions habituelles, la sonde est dirigée vers la tumeur comme vers le méat urétéral à cathétériser. On fait passer le courant et par l'optique, on peut voir une pluie d'étincelles s'abattre sur la tumeur et la pulvériser.

Dans le cas où le papillome est tout petit, le contrôle visuel permet de se rendre compte de la disparition de la

tumeur en une séance de quelques minutes, par une application directe.

Pour les tumeurs de volume plus considérable, il y a lieu de procéder d'une façon un peu différente. S'agit-il d'un papillome de moyen volume dont le pédicule est accessible, l'application de l'étincellage à son niveau en réalise l'amputation électrique rapide. La tumeur ainsi sectionnée tombe dans la vessie et sera expulsée spontanément.

Si, au contraire, le papillome est plus volumineux encore, si son pédicule est invisible, il faudra tenter de pratiquer une segmentation de la masse néoformée de façon à la réduire à une série de tumeurs pédiculisées secondaires dont l'extirpation sera alors facile.

Ces différentes méthodes ont pour but d'éviter l'opération. Leurs inconvénients sont négligeables entre les mains d'opérateurs avertis. L'anesthésie locale suffit amplement aux plus longues séances, l'hémorragie, surtout dans la méthode de la haute fréquence, n'est pas un élément de gravité redoutable.

Néanmoins pour la majorité des spécialistes, l'intervention opératoire par la taille hypogastrique est l'opération de choix. D'autre part, elle répond à des indications un peu différentes: tumeurs particulièrement volumineuses, vessie infectée, résistant aux lavages et aux instillations antiseptiques préparatoires à l'intervention, et surtout le rétrécissement urétéral infranchissable au gros cystoscope à cathétérisme urétéral (obs. I.)

L'opération se fait toujours par la taille hypogastrique. L'incision transversale de la vessie, imaginée par Legueu donne un large accès dans la cavité vésicale. La tumeur est saisie par une pince au voisinage de la paroi. On l'attire fortement de façon à déterminer un cône de soulèvement

de la muqueuse vésicale au niveau du pédicule. C'est à ce niveau que va porter l'incision.

Dans une zone aisément accessibles de la vessie, il suffit de sectionner uniquement au niveau de la muqueuse, et de suturer au catgut.

Dans le bas-fond vésical, la section est plus délicate la couche musculaire est souvent intéressée et saigne. On peut passer sous cette surface cruentée, à l'aide de l'aiguille courbe des fils de catgut qui, une fois serrés, assureront l'hémostase et affronteront la muqueuse. Ici, l'application de l'étincellage peut être utile, non seulement en effectuant l'hémostase, mais aussi en permettant la destruction de petites végétations papillomateuses trop petites pour être excisées mais qui dans le voisinage de la cicatrice ou en un point plus éloigné de la muqueuse vésicale pourraient être la source d'une récidive. C'est ce qui a été pratiqué au cours des deux opérations dont nous rapportons les observations.

Si la tumeur pédiculée siège au niveau de l'orifice urétéral, il y aura lieu de circonscrire l'orifice et la tumeur, d'attirer l'uretère isolé, diminué de longueur et de le fixer par quelques points de catgut au même point de la paroi vésicale.

L'extirpation des papillomes vésicaux par la taille hypogastrique sera suffisante le plus souvent pour apporter la guérison. La cystoscopie de contrôle faite à intervalles réguliers après l'opération, permettra la surveillance de tout début de récidive. Et c'est, dans ces cas, que l'emploi des courants à haute fréquence pourra rendre des services pour la destruction de tout point suspect de néoformation papillomateuse à son début.

CONCLUSIONS

De notre travail, nous nous permettrons de souligner les points suivants en matière de conclusions :

I. — Les papillomes vésicaux jusqu'à la période où la cystite survient, se traduisent par un symptôme unique : l'hématurie, indolore, se reproduisant à intervalles réguliers souvent pendant de longues années sans altérer la santé générale.

II. — Leur transformation maligne, toujours possible, leur tendance à la pullulation impose le traitement chirurgical curatif.

III. — Malgré les avantages réels présentés par la méthode de destruction par la haute fréquence, l'intervention de choix est l'extirpation par la taille hypogastrique.

IV. — La cystoscopie de contrôle, faite à intervalles réguliers après l'opération, est indispensable pour dépister à leur début les récidives possibles pour lesquelles la haute fréquence est tout à fait indiquée.

OUVRAGES CONSULTES

Albarran. — Médecine opératoire des voies urinaires. Les tumeurs de la vessie, Paris, 1892.

— Indications opératoires dans les tumeurs de la vessie. *Association française d'urologie,* 1905, p. 178.

Bridoux. — Contribution à l'étude de l'adénome de la vessie. *Thèse de Lyon*, 1898.

Clado. — Traité des tumeurs de la vessie, Paris, 1895.

— De la résection de la vessie pour tumeur. *Archives générales de médecine,* 1894, p. 272-289.

Guyon. — Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate, Paris, 1888.

— Physiologie pathologique de l'hématurie. *Annales des maladies des organes génito-urinaires,* 1893, p. 889.

Heitz-Boyer. — De la destruction des tumeurs vésicales par la haute fréquence. Congrès français d'urologie, 1913.

— Technique intra-vésicale de la destruction des tumeurs de la vessie par la haute fréquence. *Journal d'urologie,* décembre 1913.

Jeanbrau. — *Précis de pathologie chirurgicale.*

Legueu. — Les tumeurs vésicales latentes. *Rev. gén. de clinique et de thérap.*, 1909.

— De la récidive des papillomes vésicaux. *Bulletin médical*, 1905.

— Résection du sommet de la vessie. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, août 1894.

— Maladies de la vessie. In Le Dentu et Delbet, *Nouveau traité de chirurgie*, 1912.

Marion et Heitz-Boyer. — *Traité de cystoscopie.*

Montfort. — Du rôle de la prostate dans la production des tumeurs épithéliales infiltrées de la vessie. *Thèse de Paris*, 1903.

Nicaise. — Pétrification d'une tumeur villeuse de la vessie. *Rev. de chir.*, 1895, p. 241.

Pasteau. — Etat du système lymphatique dans les maladies de la vessie et de la prostate. *Thèse de Paris*, 1898.

— De l'extirpation des tumeurs vésicales avoisinant l'orifice urétéral. *Association française d'urologie*, 1902, p. 551.

Rafin. — Indications et résultats du traitement chirurgical des tumeurs de la vessie. Rapport présenté à la IX[e] session de l'Assoc. franç. d'urologie, Paris, oct. 1905.

Rochet. — De l'association des calculs avec les tumeurs de la vessie. *Arch. prov. de chir.*, 1894, p. 227.

Terrier et Hartmann. — Contribution à l'étude des myomes de la vessie. *Rev. de chir.*, 1895, p. 182.

Tuffier et Dujarier. — De l'extirpation totale de la vessie pour néoplasmes. *Rev. de chir.*, 1898, p. 277.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 23 juillet 1920
Le Recteur.
Jules COULET.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 22 juillet 1926.
Le Doyen.
MAIRET.